指定地域密着型サービス等事業所の利用に係る申立書

沖縄県介護保険広域連合長　　　様

申立日　　　　年　　月　　日

以下のとおり申し立てます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 申立者 | 住所 | | （〒　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □　新規利用希望  □　継続利用希望 | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者 | 住所 | | （〒　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | |
| 生年月日 | | | | 性別 | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護状態区分等 | | | | | |
| 年　　月　　日生 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | |  | | |  | | | | | |
| 利用希望サービス | | □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  □ (介護予防)認知症対応型通所介護  □ 地域密着型通所介護  □ (介護予防)認知症対応型共同生活介護  □ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | □ 夜間対応型訪問介護  □ (介護予防)小規模多機能型居宅介護  □ 看護小規模多機能型居宅介護  □ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の状況や住所地外の事業所を希望する理由等（できるだけ具体的に記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望者住所地（市町村）に同種の地域密着型サービス等事業所所在の有無（　有　・　無　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 利用希望事業所 | 所在地 | | （〒　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用予定事業所名 | | | | | | | | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  |  |  |  |
| 連絡先（℡） | | |  | | | | | | 受入承諾の有無  (事業所担当者氏名) | | | | | | | | | | | 有　　・　　無  (担当者氏名：　　　　　) | | | | | | | | | |
| FAX番号 | | |  | | | | | |
| 利用希望サービス等 | ケアマネジャーによる当該サービス利用の考え方  (ケアプランの考え方や事業所利用の必要性などを、できるだけ具体的に記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネジャーの事業所及び氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先（℡） | | | | | | | | | |  | | | | |
| 事業所：　　　　　　　　　　氏名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望事業所の所在する市町村の内諾の有無　　　（　　有　　・　　無　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　私は、本申立てを行うに当たり、沖縄県介護保険広域連合が利用希望事業所の所在市町村へ本申立書を提供することに同意するとともに、利用希望事業所の所在市町村から本申立書に記載された事項の情報提供を求められた場合提供することに同意します。

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（本人による署名、又は記名押印）

＜　参　考　＞

広域連合被保険者が広域連合構成市町村以外の地域密着型サービスを利用する場合の要件

　広域連合被保険者が広域連合構成市町村以外の地域密着型サービスを利用する場合は、広域連合の指定を受けた事業所でなければ利用できませんが、事業所指定（更新）に際しては以下の要件に該当し、事業所所在市町村長より指定（更新）の同意を得なければ、広域連合の指定（更新）を受けることができません。

　他市町村事業所を利用する際の要件（①、②の全ての要件を満たす必要があります。）

①　利用希望事業所が利用希望者の受入れを可能であること。

②　以下の(1)～(6)いずれかに該当すること。

(1)　利用希望者の住所地に同種の地域密着型サービス等事業所がないとき、又は定員に空きがないとき。

(2)　利用希望者の住所地に所在する地域密着型サービス等事業所よりも利用を希望する他市町村事業所の方が自宅から近く、かつ、生活圏内にあると認めるとき。ただし、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を除く。

(3)　利用希望者が当該事業所の所在する市町村に一時的に居所を置いている場合又は住民登録を異動することができない相当の理由があり、かつ、引き続き3月以上の期間、現在の居所で生活していること又は生活することが見込まれると認めるとき。

(4)　利用希望者が既に当該事業所を利用している場合であって、次のいずれかに該当するとき。

ア　事業所の指定更新時に継続して利用を希望し、その利用の必要性を介護支援専門員が認めるとき。

イ　事業所の法人譲渡による新規指定時に継続して利用を希望し、その利用の必要性を介護支援専門員が認めるとき。ただし、法人譲渡後も事業所の従業者及び利用者に大幅な変更がない場合に限る。

ウ　事業所が別の地域密着型サービスへの転換による新規指定時に継続して利用を希望し、その利用の必要性を介護支援専門員が認めるとき。

エ　要支援の認定を受けていた利用希望者が認定更新申請又は区分変更申請に伴い、要介護に認定が変更となった場合又はその逆の場合であって、継続して当該事業所の利用を希望し、その利用の必要性を介護支援専門員が認めるとき。

(5)　虐待からの避難等による緊急性が確認されるとき。

(6)　その他、利用希望者の心身の状態により他市町村事業所を利用することが適切と広域連合長が認めるとき。

※上記要件を満たしている場合であっても、事業所所在市町村長の同意が得られない場合には、事業所指定（更新）が行えませんのでご了承ください。

※指定の効力は被保険者に対して発生しますので、対象となる利用希望者ごとに要件をご確認ください。

（関係法令）

◯介護保険法（平成9年法律第123号）

◯沖縄県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業所等の指定の同意及び利用に関する要綱（平成31年広域連合告示第59号）